**All. A1**

Al Dirigente Scolastico

# RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI

I sottoscritti..........................................................................................................................................

............................................................................................................................................................

genitori di............................................................................................................................................

nato a .......................................................il........................................................................................

residente a ................................................... in via.............................................................................

frequentante la classe .................. della Scuola..................................................................................

sita a ............................................................. in Via...........................................................................

essendo il minore affetto da …...........................................................................................................

e constatata l'assoluta necessità, chiedono la somministrazione in ambito ed orario scolastico dei farmaci come da allegata autorizzazione medica rilasciata in data …………………………………….. dal dott. …............................................................................................................................................

Consapevoli che l'operazione viene svolta da personale non sanitario sollevano lo stesso da ogni responsabilità civile e penale derivante da tale intervento.

Acconsentono al trattamento dei dati personali ai sensi del D.Lgs. 196/03 e del G.D.P.R. 679/16 (i dati sensibili sono i dati idonei a rilevare lo stato di salute delle persone)

SI NO

### Data.............................

Firma dei genitori o di chi esercita la responsabilità genitoriale

................................................................ ................................................................

La richiesta deve essere firmata da entrambi i genitori Numeri di telefono utili:

* Genitori...................................................................................................
* Pediatra di libera scelta/medico curante.................................................

**All. B**

# PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE

Si certifica che I’alunno Cognome ……………………………….. Nome .………………….. Data di nascita …………………………………… Residente a ………………………………… in Via

……………………………………………………………… Frequentante la scuola

………………………………............ classe ..................................... affetto da

.................................................................................................................

* Necessita della somministrazione in orario scolastico, da parte del personale non sanitario, del seguente FARMACO INDISPENSABILE
* Necessita della somministrazione in orario scolastico, da parte del personale non sanitario, del seguente FARMACO SALVAVITA In caso di urgenza dovuta al seguente evento

…………………….……………………………………………………………………………….....……..... che si manifesta con la seguente sintomatologia ………………………………………..…………..

..…………………………………………………………………………………………………

Nome commerciale dl farmaco ………………………………………………………………………….. Modalità di somministrazione ……………………………………………………………………............ Modalità di conservazione del farmaco …………………………………………………………………. Orario………………………………………………………………………………………………………… Durata terapia………………………………………………………………………………..…................. Effetti collaterali………………………………………………………………………………....….............

Eventuale formazione prevista ……………………………………………………………………………

Note …………………………………………………………………………………………..………………

……………………………………………………………………………………………………..…………. Si certifica altresì che la somministrazione può essere effettuata da personale non sanitario.

Non prevede discrezionalità da parte di chi somministra il farmaco né in relazione alla individuazione degli eventi in cui occorre somministrare il farmaco né in relazione ai tempi, alla posologia e alle modalità di somministrazione e/o conservazione del farmaco.

Possibilità di trasportare e somministrare il farmaco al di fuori dell’edificio scolastico in caso di uscite didattiche, viaggi e visite di istruzione

NO SI con le seguenti modalità ………………….…………………………………..

Data.............................

TIMBRO E FIRMA PEDIATRA DI LIBERA SCELTA O

DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE

……………………………………………………………………………………